

証 明 書

住所

氏名

生年月日： 平成・令和 年 月 日 生

病名

上記疾患が治癒し、他児への感染のおそれはないと思われま
すので、登園してよいことを証明します。

<登園後の注意事項>

令和 年 月 日

医療機関

医 師

印